

## Egészségügyi adatlap és szülői nyilatkozat

Kérjük, figyelmesen olvassa el a kérdéseket, és **olvashatóan töltsse ki** az adatlapot! **Ne felejtse el aláírni a következő oldalon található nyilatkozatokat.** Eldöntendő kérdésnél kérjük, karikázza be a megfelelőt!

Köszönjük szíves együttműködését!

### Személyes adatok

Tanuló neve:..... TAJ-szám:.....

Születési hely:..... idő:..... év..... hó..... nap

Édesanya leánykori neve:.....

Lakcím:.....

Tartózkodási hely:.....

Kollégium:   nem                   igen, neve és címe:.....

Apa (gondviselő) neve:.....

Szülő(k) elérhetősége: **telefon:**..... **email:**.....

Általános iskola (vagy előző iskola) neve, címe:.....

### A gyermek egészségi állapotára vonatkozó adatok

Eddigi előforduló - vagy jelenlegi- krónikus betegségek (szív, tüdő, vese, idegrendszeri, hormonális, mozgásszervi, fejlődési rendellenesség stb.):.....

Rendszeresen szedett gyógyszerek:.....

Gyógyszerérzékenység:.....

Egyéb allergia vagy ételérzékenység:.....

Eddigi kórházi kezelés, műtét, baleset:.....

Gyerekkori fertőző betegségek (pl.: bárányhimlő, skarlát):.....

Érzékszervi problémák: **látás:**..... **hallás:**.....

Sajátos nevelésű gyermek: nem           igen, oka:.....

Érzelmi vagy magatartás probléma (pl.: depresszió, hiperaktivitás):.....

Testnevelés felmentésre jogosult-e: nem           igen, oka:.....

Egyéb közölni kívánt információ (pl. gyakori rosszulletek, panaszok, nehéz szociális háttér, egyéb):.....

### A család egészségi állapotára vonatkozó adatok

Családban előforduló betegségek: **anyai ágon:**.....

**apai ágon:**..... **testvéreknél:**.....

## Szülői nyilatkozatok

**Felhívjuk a kedves szülők figyelmét, hogy a szülőnek *jelezni szükséges* az iskola-egészségügyi szolgálat felé, ha a gyermek egészségi állapotában bármikor változás állna be** (pl. felderülésre kerülő betegség, allergiás panaszok, vagy bármilyen műtét, kórházi kezelés, vagy baleseti sérülés esetén). Az ehhez kapcsolódó leletekről, zárójelentésekről fénymásolatokat kérünk bemutatni!

Továbbá tájékoztatjuk, hogy gyermeke az **51/1997. (XII. 18.) NM rendelet és a 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet** értelmében iskolai szűrővizsgálatra kötelezett, melyet jogszabály alapján kötelező jelleggel két évente (továbbá 16 éves korban), de lehetőség szerint évente biztosítunk. A szűrővizsgálatokon minden diáknak részt kell vennie, hiányzás esetén van lehetőség pótvizsgálatra.

---

Alulírott szülő nyilatkozom, hogy a fentieket tudomásul vettem, és a szükséges tájékoztatást az iskola-egészségügyi szolgálatról megkaptam. (További információk a mellékelt tájékoztatóban, és az idézett rendeletekben találhatóak.)

Továbbá kijelentem, hogy az egészségügyi adatlapban közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Ha gyermekem egészségi állapotában változás állna be, igyekszem mielőbb jelezni az iskola-egészségügyi szolgálat felé.

Valamint hozzájárulok, hogy minden olyan egészségügyi elváltozásról, melynek következtében a tanuló egészsége vagy élete veszélynek van kitéve (a legszükségesebb tényeket) a tanuló osztályfőnökével, gyakorlati oktatóival, testnevelő tanárával közölhetik.

.....  
szülő aláírása